Tweede Kamer der Staten-Generaal **2**

Vergaderjaar 2014–2015

29 247 Acute zorg

Nr. 209

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Ontvangen ter Griffie op 28 april 2015.

Het besluit tot het doen van een **aanwijzing** kan niet eerder worden genomen dan op 29 mei 2015.

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 april 2015

In mijn brief Curatieve zorg in krimpregio's van 6 maart 2015 heb ik u geïnformeerd dat ik voornemens ben de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing te geven om de door de NZa gehanteerde voorwaarde «overmachtsituatie zorgverzekeraars» voor het verlenen en vaststellen van een beschikbaarheidbijdrage voor spoedeisende hulp en acute verloskunde te schrappen (Kamerstuk 29 247, nr. 200).

Deze brief bevat, voor wat betreft de inzet van de beschikbaarheidbijdrage, de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven. Overeenkomstig artikel 8 van de WMG ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp en acute verloskunde

In mijn brief Curatieve zorg in krimpregio's heb ik bovengenoemd voornemen in volgende zin toegelicht.

In bepaalde regio's kunnen problemen ontstaan om aan de 45 minutennorm voor spoedeisende hulp en acute verloskunde te voldoen, indien een ziekenhuis de SEH en of de acute verloskunde niet meer draaiende kan houden omdat de inkomsten uit de tarieven ontoereikend zijn. Op dit moment zijn er acht gevoelige ziekenhuizen[1]. Deze gevoelige ziekenhuizen liggen met name in krimp- en anticipeerregio's.
Het instrument van de beschikbaarheidbijdrage uit de WMG is mijns inziens het aangewezen instrument dat ingezet kan worden als er problemen dreigen met de bereikbaarheid binnen 45 minuten van spoedeisende hulp (24/7 open) en acute verloskunde (waar binnen 30 minuten na vaststelling van de diagnose van een spoedeisende situatie

[1] Analyses gevoelige ziekenhuizen RIVM.

kst-29247-209
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

door een gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional de benodigde medisch specialistische behandeling kan worden gestart) en de inkomsten uit tarieven niet toereikend zijn.

Op dit moment hanteert de NZa bij het bepalen of een ziekenhuis in aanmerking komt voor een beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp naast de criteria die zijn opgenomen in de onderdelen 7 en 8 van Bijlage, onderdeel B, bij het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG ook de voorwaarde dat de betreffende zorgverzekeraar een overmachtsituatie moet aantonen. Aangezien er slechts in zeer uitzonderlijke gevallen sprake is van een overmachtsituatie, heeft de huidige NZa regelgeving tot effect dat in de praktijk geen enkel ziekenhuis in aanmerking zal komen voor een beschikbaarheidbijdrage SEH of acute verloskunde. Ik heb daarom de NZa om advies gevraagd over de impact op het gelijk speelveld van zorgverzekeraars.

De NZa geeft in haar advies van 3 februari 2015 aan dat het schrappen van de beschikbaarheidbijdrage een (geografisch) markteffect op de zorgverzekerings- markt met zich brengt. Uit de analyse van de NZa van de als gevoelig aangewezen ziekenhuizen blijkt dat met name bij acute verloskunde zich aan de aanbodzijde grote prijseffecten (gemiddeld 39%) kunnen voordoen als de betrokken ziekenhuizen de kosten zelf via de prijzen moeten dekken. Dit betekent dat zorgverzekeraars bij dat desbetreffende ziekenhuis (veel) duurdere zorg moeten inkopen om ook de kosten van de acute verloskunde te dekken dan voor die zorg strikt noodzakelijk is. Dit effect is in mindere mate ook zichtbaar bij de SEH. Naast het feit dat dit er mogelijk toe zou kunnen leiden dat zorgverzekeraars verzekerden in deze regio's met hogere kosten gaan mijden zou dit effect het inkoopgedrag van verzekeraars bij ziekenhuizen in landelijke gebieden kunnen verstoren, wat mijns inziens mogelijk risico's voor de beschikbaarheid van vormen van zorg in deze gebieden met zich meebrengt. Dergelijke effecten acht ik onwenselijk.

De NZa geeft in het advies aan dat aanpassing van de risicoverevening de beste manier is om deze effecten weg te nemen. De risicoverevening is opgezet om zorgverzekeraars te compenseren voor verschillen in het gezondheidsprofiel van hun verzekerdenportefeuilles, omdat de Zorgverzekeringswet hen een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie oplegt. Zoals de NZa ook aangeeft worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor het risicoprofiel van hun verzekerden. Ik ben van mening dat er geen rekening kan worden gehouden met kostenverschillen als gevolg van aanbodfactoren. Daarnaast is het zo dat vanwege Europese regels rond verzekeringen en staatssteun de risicoverevening niet als sturingsinstrument gebruikt mag worden. Er zal dan ook niet worden onderzocht of hogere kosten binnen dunbevolkte gebieden binnen het risicovereveningsmodel kunnen worden opgenomen.

Ik kies er voor de beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp en acute verloskunde te behouden en de voorwaarde «overmachtsituatie zorgverzekeraars» te laten schrappen. Ik zal de NZa daartoe een aanwijzing geven. Dit betekent dat enkel de voorwaarden zoals gehanteerd in het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG gelden voor het verkrijgen van een beschikbaarheidbijdrage:

– De SEH moet voldoen aan de geldende (minimum)normen die worden gesteld aan een SEH;
– De SEH moet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm;

– De SEH moet onvoldoende inkomsten uit de tarieven hebben om de kosten van de SEH te dekken[2].
– De afdeling voor acute verloskunde moet voldoen aan de geldende (minimum)normen die worden gesteld aan acute verloskundige zorg;
– De afdeling voor acute verloskunde moet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm;
– De afdeling voor acute verloskunde moet onvoldoende inkomsten uit de tarieven hebben om de kosten van de acute verloskundige zorg te dekken[3].

De voorwaarde «overmachtsituatie zorgverzekeraars» is door de NZa met ingang van 2013 gehanteerd. Het zou niet fair zijn alleen nieuwe aanvragen voor de beschikbaarheidbijdrage SEH en acute verloskunde te beoordelen op grond van de criteria uit het BBBWMG. Alle aanvragen die vanaf 1 januari 2013 zijn gedaan zullen (opnieuw) aan die criteria moeten worden getoetst. Derhalve wordt aan de aanwijzing terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2013 verleend.

Hieronder volgt, wellicht ten overvloede, een toelichting op de criteria, bedoeld in het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG.

Spoedeisende hulp

De SEH zorg bestaat uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. Het gaat bij de spoedeisende hulp (SEH) om het behandelen van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars. Hierbij geldt in ieder geval dat een afdeling SEH binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en 7 x 24 uur over minimaal één SEH-arts en één SEH-verpleegkundige moet beschikken. Voor zorgaanbieders voor wie de zorgautoriteit voor het eerst in 2013 een beschikbaarheidbijdrage verstrekt, stelt de zorgautoriteit op basis van door haar vast te stellen beleidsregels de bijdrage vast. Voor deze zorgaanbieders verleent de zorgautoriteit een beschikbaarheid-bijdrage voor SEH-zorg uitsluitend onder de voorwaarde dat daarmee wordt bereikt dat geen verslechtering in bereikbaarheid optreedt ten opzichte van de thans bestaande landelijke situatie. Met andere woorden: spoedeisende hulp op die locatie moet noodzakelijk zijn om ervoor te zorgen dat de huidige bereikbaarheidssituatie niet verslechtert. Om de bereikbaarheid van ziekenhuizen
met een spoedeisende hulp, die voldoet aan de thans geldende normen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, te beoordelen wordt uitgegaan van de zogenaamde 45-minutennorm. De norm stelt dat iedereen binnen 45 minuten naar een spoedeisende hulp vervoerd moet kunnen worden. De spoedeisende hulp van een ziekenhuis kan noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid binnen de 45 minuten in die situaties dat de sluiting van de spoedeisende hulp van dit ziekenhuis tot gevolg heeft dat een aantal mensen niet meer binnen de norm naar een spoedeisende hulp vervoerd kan worden. Daarbij wordt geen bereikbaarheids- verlies geaccepteerd. Ik ga hierbij uit van de bereikbaarheidsanalyses van het RIVM.

Het feit dat het vanwege overmacht niet kunnen voldoen aan de zorgplicht als voorwaarde voor de beschikbaarheidbijdrage zal worden geschrapt, laat onverlet dat de zorgplicht voor zorgverzekeraars voor deze en andere zorg in stand blijft. Die zorgplicht volgt immers uit de Zorgverzekeringswet zelf. Zorgverzekeraars blijven dus hun wettelijke verantwoordelijkheid houden voor het contracteren en vergoeden van de SEH- en acute

[2] Concretisering van de kosten zal worden omschreven in de beleidsregel van de NZa.
[3] Zie voorgaande voetnoot.

verloskundige zorg, ook al wordt een beschikbaarheidbijdrage toegekend. Deze beschikbaarheidbijdrage voorziet in de extra kosten van bepaalde SEH's en acute verloskundige voorzieningen omdat daar de kosten hoger liggen dan de opbrengsten vanwege de beperkte vraag. De beschikbaarheidbijdrage ontheft de zorgverzekeraar niet van de contractering (bij een natura-verzekering) en vergoeding (bij een restitutie-verzekering) van de dbc's.

Acute verloskunde

Voor wat betreft de beschikbaarheidbijdrage voor verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie gelden de voorwaarden dat deze zorg binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en dat binnen 30 minuten na vaststelling van de diagnose van een spoedeisende situatie door een gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional de benodigde medisch specialistische behandeling kan worden gestart. Vanzelfsprekende voorwaarde voor verstrekking van een beschikbaarheidbijdrage is verder dat de opbrengsten uit tarieven die in rekening gebracht zijn in verband met het verlenen van deze zorg niet toereikend zijn om de vorm van zorg onder de voornoemde voorwaarden beschikbaar te hebben. Het hiervoor in de toelichting bij het onderdeel SEH vermelde met betrekking tot de gevoeligheid voor de bereikbaarheidnorm geldt ook voor acute verloskunde.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers